



Deklaracja Członkowska Członka Wspierającego

Ja niżej podpisany /a/ proszę o przyjęcie mnie w poczet członków wspierających Stowarzyszenia Pomocy Rodzinie „Jesteśmy z Wami” z siedzibą w Sosnowcu.

Oświadczam, że znane mi są postanowienia statutu, cele i zadania stowarzyszenia.

Oświadczam, że zostałem/zostałam poinformowany/a o przetwarzaniu moich danych osobowych przez Stowarzyszenie Pomocy Rodzinie „Jesteśmy z Wami” w celu udostępniania ich firmie ubezpieczeniowej PZU Życie S.A., o prawie wglądu do moich danych, prawo do ich sprostowania, przeniesienia do innego administratora oraz ich poprawiania, a także dobrowolności podania moich danych.

.....
podpis.....

Poniżej przedstawiam dane osobowe:

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....

Miejsce zamieszkania, nr tel.....

Akceptacja przystąpienia do Stowarzyszenia potwierdzana jest pieczęcią i podpisem przez osoby upoważnione przez Zarząd.

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany (a) oświadczam, iż zapoznałem się z warunkami ubezpieczenia i otrzymałem ogólne warunki ubezpieczenia oraz akceptuję zastosowanie okresu ograniczonej odpowiedzialności (KARENCEJI)w ubezpieczeniach:

- w ubezpieczeniu na życie typ P, (6 miesięcy dot. zgonów, 9 miesięcy dot. urodzenia dziecka),
- w ubezpieczeniu na życie typ P do różnicy sumy, (6 miesięcy dot. zgonów, 9 miesięcy dot. urodzenia dziecka),
- w dodatkowym ubezpieczeniu na wypadek leczenia szpitalnego (30dni),
- w dodatkowym ubezpieczeniu na wypadek ciężkiej choroby (90 dni),
- w dodatkowym ubezpieczeniu z tytułu ciężkiej choroby współmałżonka (180dni),
- w dodatkowym ubezpieczeniu na wypadek leczenia specjalistycznego (90 dni) ,
- w dodatkowym ubezpieczeniu z Kartą apteczną (30 dni).
- w dodatkowym ubezpieczeniu na wypadek operacji chirurgicznych (180 dni)

**OŚWIADCZAM, ŻE ZAPOZNAŁEM (-AM) SIĘ Z TREŚCIĄ ANEKSU DO
GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA TYP P PLUS.**

.....
data i podpis ubezpieczonego



Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (4.5.2016 L 119/38 Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej PL) informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Stowarzyszenie Pomocy Rodzinie „Jesteśmy z Wami” z siedzibą w Sosnowcu, ul. Teatralna 9 tel: 32 2969914, mail: stowarzyszenie@jestesmyzwami.com
2. Dane osobowe Pana/i będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a ,b ,c, d ,e, f lub art. 9 ust. 1 lit. a ,b ,c ,d ,h, i, j ogólnego rozporządzenie j/w o ochronie danych w celu: zawarcia i obsługi ubezpieczenia.
3. Odbiorcami Pana/i danych osobowych będą : Grupa PZU
4. Pana/Pani dane osobowe przechowywane będą przez okres 5 lat
5. Posiada Pan/i prawo do: żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania.
- Przysługuje Panu/i prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych.
7. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym/ umownym/warunkiem zawarcia umowy/ dobrowolne/ *, jednakże niepodanie danych w zakresie wymaganym przez administratora może skutkować brakiem możliwości zawarcia i obsługi ubezpieczenia.
8. Pana/Pani dane będą poddane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji (profilowaniu) w cel oferowania produktów związanych z ubezpieczeniami, np. przedstawienie innych produktów ubezpieczeniowych.
9. Pani/Pana dane nie będą przekazywane odbiorcy w państwie trzecim lub organizacji międzynarodowej
10. Jeśli ma Pani/Pan pytania dotyczące sposobu i zakresu przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w zakresie działania Stowarzyszenia Pomocy Rodzinie „Jesteśmy z Wami”, a także przysługujących Pani/Panu uprawnień, może się Pani/Pan skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych w Stowarzyszeniu za pomocą adresu :awieclawek@jestesmyzwami.com.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis)